

# 災害発生状況確認書

平成 年 月 日

地方公務員災害補償基金  
大阪市支部長様

所属 \_\_\_\_\_  
報告確認者 職名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり報告があったことを確認しました。

記

被災職員氏名	
災害発生日時	平成 年 月 日 ( ) :
災害発生場所	
被災職員による 災害発生状況報告日時	平成 年 月 日 ( ) :
被災職員から報告を受けた者	職名 : 氏名 :
災害発生後の状況等	